**Лечение ВСД**

**ВСД**-состояние, определяемое нарушением вегетативной регуляции сердца, со­судов, внутренних органов, желез внутренней секреции, связанное с первич­ными или вторичными отклонениями в структуре и функции центральной и пе­риферической нервной системы. ВСД, не самостоятельная нозологическая форма, а синдром, возникающий при многих видах патологии.

Единой приемлемой для практики классификации ВСД не существует. А. М. Вейн с соавт. (1981) предлагают выделять вегетативные нарушения по симпати­котоническому, ваготоническому и смешанному типу с учетом их возможного латентного, перманентного и пароксизмального характера.

**Принципы лечения ВСД у детей следующие:**

1. необходимо у ччитывать этиологию и атогенез В С Д у конкретного ребенка, так как симптоматическая терапия дает временный эффект;
2. лечение должно быть комплексным и включать различные виды воздействия на организм;
3. целесообразно проводить лечение длительно - для ликвидации изменений в ВНС нередко требуется больше времени, чем для их формирования;
4. терапия должна быть своевременной, так как эффект от лечения при ВСД тем лучше, чем раньше оно начато; по мере прогрессирования патохарактероло­гических изменений эффективность лечения снижается;
5. патогенетическую терапию следует проводить обязательно с учетом типа ВСД. При различных исходном вегетативном тонусе и вегетативном кризе правильнее ориентироваться на межпароксизмальное состояние
6. психотерапевтические мероприятия должны касаться не только ребенка, но и родителей;
7. лечение проводит педиатр, кардотревматолог совместно с невропатологом, эрудированным в вопросах вегетологии и кардиоцеребральных взаимоотно­шений.

Основные виды терапии ВСД включают комплекс немедикаментозных и меди­каментозных мероприятий. Детям с незначительными признаками ВСД (вегетативная лабильность) показана немедикаментозная коррекция вегетатив­ной дисфункции, и только в случаях выраженных и/или длительно существую­щих прояв лений прибегают к лекарственным препаратам.

 Большое значение в ликвидации ВСД имеет нормализация труда, отдыха, рас­порядка дня. В настоящее время повсеместно повышается умственная и снижа­ется физическая нагрузка (гиподинамия) у детей с первых лет жизни. Однако умственное и эмоциональное напряжение можно устранить только с помощью физических упражнений. Лучшими видами спорта для детей с ВСД являются плавание, лыжи, коньки, катание на велосипеде, ходьба. Нежелательны (в част­ности, детям с симпатикотонией) занятия спортом с толчнообразными движе­ниями (прыжки, упражнения на брусьях, борьба, карате). Нередко детей с ВСД и функциональной кардиопатией необоснованно освобождают от занятий физ­культурой. Созникающие при этом гиподинамия, психологический стресс, ожи­рение еще больше усугубляют вегетативную дисфункцию. Большое значение имеет также достаточный по глубине и продолжительности сон ребенка. Сле­дует избегать злоупотребления просмотром телепередач. Детям показаны ак­тивное санаторно-курортное лечение, ЛФК. Детей с сердечно-сосудистыми из­менениями на почве вегетативной дисфункции необходимо не только лечить, но и учить приспосабливаться и сохранять равновесне в постоянных условиях, а не искусственно изолировать от жизненной среды. Полный физический и психиче­ский покой неблагоприятно влияет на ВСД

Определенное значение в лечении и профилактике ВСД имеет **п и т а н и е**. Ос­новы профилактики раннего атеросклероза и гипертонической болезни (не пе­реедать, ограничивать жидкость и соль, есть часто и понемногу, избегать гипер­калорийных продуктов) абсолютно справедливы и для детей с ВСД. При симпа­тикотонии рекомендуется ограниченное употребление кропкого чая, кофе.

В лечении ВСД как психовегетативного синдрома особое значение придается **психотерапии**, которую врач должен проводить с ребенком и родителями с це­лью выработки адекватной реакции на заболевание. Психотерапия детей и под­ростков (аутотренинг, релаксация и др.) имеет огромное значение в связи с уве­личивающимся числом пограничных нервно-психических нарушений. Пренеб­режение психотерапией в конечном счете приведет к невосполнимым социаль­ным и экономическим потерям, к росту расходнее еа поддержание психиче­ского здоровья тех, кому в детстве своевременно не помогли. В процессе беседы врач выявляет характерологические особенности больного, обстановку в семье, но возможности уточняет психотравмирующий фактор. Детям и родителям не­обходимо разъяснить сущность заболевания, безопасность для жизни измене­ний сердечно-сосудистой системы, и в то же время подготовить их к длитель­ному лечению. Результаты терапии детей с ВСД во многом будут определяться глубиной контакта с врачом. Педиатр, назначая лечение ребенку с психовегета­тивным синдромом, должен показать свою веру в его эффективность и полез­ность.

Частная психотерапия у детей может быть индивидуальной, групповой, семей­ной. Она должна по возможности перестраивать личность ребенка, изменять и гармонизировать его отношения с социальной микросредой. Необходима работа с родителями (“психотерапия среды”), поскольку аналогичные отклонения об­наруживаются у одного из них (чаще у матери). Психотравмирующее воздейст­вие матери на ребенка называют “материнским неврозом”. Неправильное пове­дение родных поддерживает и усугубляет психоэмоциональные расстройства у детей, а формирование оптимального настроя родителей на лечение, изменение их взглядов на воспитание и привлечение к сотрудничеству с врачом в разреше­нии ряда семейных проблем создают предпосылки для психотерапии детей.

**Ф и з и о т е р а п и я** достигла больших успехов в лечении ВСД; применяются ультразвук, синусоидальные модулированные токи, индуктотермия, электросон, гальванизация по рефлекторно-сег ментарной методике или методом общего воздействия, аппликации парафина и озокерита на шейно-затылочную область. Особенно широко распространен электрофорез лекарственных веществ попе­речно па верхнешейный отдел позвоночника. При ваготонии проводится элек­трофорез с кальцием, кофеином, мезатоном, при симпатикотонии-0,5% раство­ром эуфиллина, папаверином, магнием, бромом. На курс рекомендуется 10-12 процедур, через 1,5-2 мес лечение можно повторить.

**Водные процедуры** оказывают значительное положительное влияние на детей с ВСД. Рекомендуют плавание, контрастные ванны, веерный и циркулярный душ; при симпатикотонии помогают углекислые и сульфидные ванны, при ваготонии - солено-хвойные (100 г морской соли на 10 л воды с хвойным экстрактом) и радоновые ванны (35°С). Температура воды при гидротерапии должна быть не намного ниже температуры тела, ее постепенно понижают, после чего энер­гично растирают жестким полотенцем и согревают ребенка.

**М а с с а ж п о з в о н о ч н и к а** (шейного и поясничного отделов), воротнико­вой зоны, головы у детей с ВСД еще не занял достойного места. При артериаль­ной гипотензии показан массаж конечностей п туловища сухими щетками. Не­сомненно, что в ближайшем будущем большее место в лечении ВСД у детей займет иглорефлексотерапия. Метод практически безвреден, сравнительно прост в руках специалиста и может успешно дополнять или заменять другое, в частности фармакологическое, лечение.

**Медикаментозная терапия** назначается, во-первых, после использования ком­плекса описанных выше мероприятий или в сочетании с ними; во-вторых, ее следует начинать с наиболее известных и обладающих наименьшими побоч­ными действиями препаратов (валериана, бром, заманиха и др.); в-третьих, в связи с длительным лечением не следует назначать сразу много лекарств; по­степенно одно сменяют другим, чередуют различные методы воздействия на организм.

*С е д а т и в н ы е п р е п а р а т ы* регулируют торможение и возбуждение ЦНС. К ним относятся настой лекарственных растений (шалфей, боярышник, вале­риана, багульник, пустырник, зверобой), дающие одновременно и легкий де­гидратирующий эффект, настойка валерианы с пустырником по 1-2 капли на год жизни ребенка 3 раза в день, микстура Павлова. Все эти средства дают дли­тельно (6-12 мес и более) прерывистыми курсами по 2- 4 недели.

*Успокаивающие средства* делят на транквилизаторы и нейролептики. Транкви­лизаторы действуют успокаивающе, уменьшают невротические проявления (страх, тревогу, боязнь), обладают вегетотропным свойством, дают хороший эффект при функциональных кардиопатиях (экстрасистолиях, кардиалгиях), со­судистых дистониях (устраняют лабильность АД), облегчают засыпание, неко­торые из них оказывают противосудо рожное действие. При симпатикотонии, гиперсимпатикотонической реактивности применяют производные бензодиазе­пина: седуксен (диазепам) по 5-15 мг/сут, тазепам (оксазепам) по 15-30 мг/сут, элениум (хлордиазепоксид) до 5- 15 мг/сут и др. Эти препараты не рекоменду­ется давать детям с исходным ваготоническим тонусом, недостаточными обес­печением и реактивностью, наклонностью к гипотонии. При ваготонии приме­няют амизил по 1-3 мг/сут, который обладает М-холинолитическим централь­ным действием, уменьшает секрецию спинномозговой жидкости. При смешан­ных вариантах ВСД хороший аффект дает мепробамат по 0,2-0,8 г/сут, фенибут по 0,25- 0,5 г/сут, беллоид и белласпон (беллатаминал) не более 1-3 таблеток в сутки в зависимости от возраста; этим препаратам присуща одновременно ад­рено- и холинолитическая активность. Все транквилизаторы детям с ВСД и функциональными кардиопатия ми начинают давать с минимальных доз (по 1/3-1/2 таблетки в сутки) и медленно их увеличивают, не превышая указанных. Да­вать лекарство лучше в послеобеденные или вечерние часы. Малые дозы, на­пример, седуксена, снимая внутреннюю напряженность, повышают активность больного, а более высокие дозы дают значительный седативный и даже сно­творный эффект. Длительность лечения малыми дозами колеблется от 2 до 6-12 мес и более, проводят непрерывные курсы в течение 1-2 мес, затем суточную долу препаратов сокращают на 1/3. При стабилизации состояния через 3-4 мес доза может составлять 25-30% первоначальной. Если эффективность лечения уменьшается, то следует сменить препарат. При успешных результатах препарат отменяют постепенно, лучше с использованием прерывистых курсов (1 нед прием, 1 нед перерыв).

*Нейролептики* обладают вегетотропным свойством, антипсихотической анти­фобической активностью, уменьшают реакцию на внешние раздражители. У де­тей с ВСД применяют нейро- лептики “мягкого действия”, обычно хорошо пе­реносимые больными, при неэффективности транквилизаторов: френолон по 5- 15 мг/сут, сонапакс (меллерил) детям дошкольного возраста по 10-20 мг/сут, школьникам по 20-30 мг/сут, терален по 5-15 мг/сут. Возможна комбинация се­дуксена, амизила с сонапаксом. Следует отметить некоторое преимущество нейролептиков перед транквилизаторами в лечении кардиалгии (френолон, со­напакс) и важные антпгистаминные и антидепрессивные свойства тералена.

При сочетании ВСД с неврозами и неврозоподобными состояниями по показа­ниям и после консультации с психоневрологом назначают антидепрессанты. Они снимают невротические проявления в виде астении, депрессии, уменьшают тоску, улучшают настроение. Применяют имизин (ме липрамин) в дозе 12,5-50 мг/сут, амитриптилин по 25-50 мг/сут, азафен до 100 мг/сут и их комбинации. Следует помнить, что превышение доз может привести к побочным действиям, в частности к выраженному холинолитическому эффекту. Комбинация антиде­прессантов с транквилизаторами и нейролептиками показана при повышенной раздражительности, вспыльчивости, нарушении сна. Большинство антидепрес­сантов снижают тонус парасимпатической нервной системы. Применение анти­депрессантов у детей с выраженной симпатикотонией должно быть осторож­ным.

*Средства, стимулирующие ЦНС* (п с и х о с т и м у л я т о р ы) обладают адре­номиметическим действием и назначаются при ВСД по ваготоническому типу. Наиболее распространены кофеин, дуплекс. Сиднокарб дают по 5-10 мг/сут в первую половину дня в течение 2-4 мес, хорошо сочетать с амизилом. Исполь­зуют настойку плодов лимонника (1 капля на год жизни), корня женьшена (1 капля на год жизни), заманихи (2 капли на год жизни), аралии манчжурской (2 капли на год), радиолы розовой (2 капли на год), экстракта элеутерококка (по 1/2-1 чайной ложке). Все препараты дают 3 раза в деаь за 30 минут до еды, дли­тельно, прерывистыми курсами. При раздражительной слабости, ваготонии с гипер симпатикотонической реактивностью можно чередовать микстуру Пав­лова, валериану с пустырником и стимулирующие препараты.

При синдроме внутричерепной гипертензии у детей с ВСД улучшение приносит легкая дегидратационная терапия. В стационаре с этой целью применяют диа­карб в возрастной дозе 1 раз в день по схеме (3 дня дают, 1 день перерыв), фу­росемид в сочетании с препаратами калия. В зависимости от эффекта курсы ле­чения можно повторять 2-3 раза в год. В домашних условиях рекомендуется длительный прием мочегонных трав (толокнянка, крапива, можжевельник, пет­рушка, брусника и др.). С целью уменьшения секреции спинномозговой жидко­сти детям с ваготонией назначают амизил. Хороший эффект дают глицерол, микстура из растворов сульфата магния и цитраля. Указанная терапия должна проводиться длительно в течение 6-12 мес и более.

Детям с ВСД в сочетании с функциональной кардиопатией и без нее показаны препараты калия и кальция: при слабости парасимпатического отдела приме­няют препараты калия (панангин, хлорид), при снижении тонуса симпатикуса (ваготония) - препараты кальция (глицерофосфат, глюконат). Хорошее действие при ваготонии оказывают аскорбиновая кислота, витамин В6, при симпатпкото­пип - витамин В1, Е.

Детям с выраженной клиникой ВСД, перенесшим внутричерепную травму, включая родовую, целесообразны курсы терапию с применением препаратов рассасывающего действия: лидаза (содержимое ампулы - 64ЕД растворить в 1 мл 5% раствора новокаина, вводить подкожно в зависимости от возраста от 32 до 64 ЕД через день, 10-15 инъекций на курс), бийохинол, ФиБС по 0,5-1 мл. В зависимости от эффективности курсы лечения можно повторять 2-3 раза в год.

В ряде случаев сочетания ВСД со снижением памяти, интеллекта, головной бо­лью показаны препараты, улучшайщие микроциркуляцию сосудов головного мозга: пирацетам, кавинтон, циннаризин.